



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Unit	Work Position
Número del reclamo	
Fecha de la solicitud	
Fecha de la lesión	

Instrucciones para el trabajador: Esta es su solicitud para compensación por tiempo perdido. Tiene que completarla antes que podamos considerarlo para recibir beneficios. Si no puede trabajar debido a la lesión sufrida en su trabajo y su empleador no le está pagando su salario completo: 1) Complete este formulario 2) Fírmelo y escriba la fecha 3) Envíelo a la dirección arriba dentro de 14 días a partir de la fecha en que recibió esta correspondencia.

Nombre	Número de teléfono
Dirección	
Ciudad	Estado Código postal

Llene esta casilla solamente si tiene una dirección y/o número de teléfono nuevo.



Declaración del trabajador

Debido a una lesión/enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo, no he trabajado con pago o sin pago desde _____ hasta _____. Esto incluye pero no se limita a: empleo por cuenta propia o por servicios sociales (mes, día, año)

COPEES o CHORE. ¿Ha trabajado en otro tipo de actividades tales como trabajo voluntario?

Sí No Por favor describa:

Regresé/regresaré a trabajar el día	Estoy trabajando _____ Horas/Día	Estoy trabajando _____ Días/Semana	Mi tarifa de pago es: \$ _____ dólares por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes
-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	---

He solicitado los siguientes beneficios: Ninguno Desempleo Estampillas para la comida solamente Otros programas de asistencia pública Beneficios del seguro social

En el día que se lesionó, ¿Estaba su empleador pagando alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de Ud. y/o su familia? o ¿Le proveía vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? Sí No

¿Continúa recibiendo estos beneficios? Sí No Fecha en que terminaron los beneficios _____

Con mi firma estoy certificando que: Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que comunicarme de inmediato con mi gerente de reclamo, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.

N° de teléfono	Fecha	Firma del trabajador
----------------	-------	----------------------